

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1932-1933

N° 34

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DE L'OVAIRE
CHEZ L'ENFANT

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1932

PAR

Michel, Alcide, Valentin BERTHON

Élève du Service de santé de la Marine

Né à Matha (Charente-Inférieure) le 22 avril 1908

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur.....	Juges.
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1932-1933

N° 34

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DE L'OVAIRE
CHEZ L'ENFANT

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Décembre 1932

PAR

Michel, Alcide, Valentin BERTHON

Élève du Service de santé de la Marine

Né à Matha (Charente-Inférieure) le 22 avril 1908

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		ROCHER, professeur	Juges
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

—
1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUPREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHE, SELLIER

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale.	CASSAET.	Clinique gynécologique ...	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales.	CHAVANNAZ.	Clinique médicale des maladies des enfants.	CRUCHET
Clinique d'accouchements.	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	CARLES.	Physique médicale et pharmacéutique.	SIGALAS.
Anatomie	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.	BONNIN
Anatomie générale et histologie	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Physiologie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires ..	DUVERGEY
Hygiène.	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE
Médecine légale et déontologie.	PACHON.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie. ...	PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale. ..	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Chimie	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CREYX
Botanique et matière médicale.	RÉCHOU		
Pharmacie	CHEILLE.		
Zoologie et parasitologie.	BEILLE.		
Médecine expérimentale.	DUPOUY.		
Clinique ophtalmologique.	MANDOUL.		
	DUPERIE.		
	TEULIERES.		

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale.	PAPIN.
Technologie.	DUFOUR.	Obstétrique.	JEANNENEY
Physiologie.	FABRE.		CHARRIER.
Parasitologie et Sciences naturelles	R. SIGALAS.	Ophthalmologie	LOUBAT.
	N.	Dermatologie et syphiligraphie.	PERY.
Médecine générale.	AUBERTIN.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie. ..	RIVIERE.
	DAMADE.		BEAUVIEUX
	PIECHAUD.		JOULIA.
	DELMAS-MARSALET.		VITTE.
Maladies mentales.	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements.	PERY.	Pharmacie chimique	GOLSE
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
	BEAUVIEUX (chargé)		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..	MM. N.		
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON		
Cours complémentaire annexe. — Clinique dentaire	DELGUEL		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Ce modeste ouvrage en témoignage de toute ma reconnaissance.

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE
VALENTIN BERTHON.

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

**A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES**

A M. LE DOCTEUR R. CHARPENTIER

MÉDECIN PRINCIPAL DE LA MARINE.

EX-PROFESSEUR A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES.

MÉDAILLE MILITAIRE

CROIX DE GUERRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



A. M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse et nous a guidé
dans ce travail.*

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous fit un très grand
honneur en acceptant de pré-
sider cette thèse.*

AVANT-PROPOS

Au moment où se termine notre vie d'étudiant, et où nous allons devoir cheminer seul d'un pas mal assuré parmi les difficultés de notre art, nous sommes à la fois attristé d'abandonner tout ce qui nous était cher et impressionné par les responsabilités nouvelles qui nous attendent. Cependant nous nous sentons soutenu dans notre lourde tâche par les principes d'honneur et de droiture que contient le serment d'Hippocrate auquel nous jurons aujourd'hui fidélité.

Nous ne voudrions pas nous engager dans la vie médicale sans témoigner toute notre reconnaissance envers nos maîtres qui n'ont cessé de nous guider de leurs conseils et de leurs exemples, et nous ont préparé à la carrière qu'ils remplissent avec tant de dévouement et d'éclat.

Nos remerciements vont d'abord à nos maîtres de l'école Annexe de médecine de Rochefort, lesquels ont su diriger nos débuts avec tant de sollicitude.

C'est ensuite tous nos maîtres de la Faculté que nous assurons de notre reconnaissance, en particulier le professeur agrégé Loubat qui nous inspira le sujet de cet ouvrage, et nous reçut dans son service avec beaucoup de bienveillance.

Nous ne saurions trop remercier aussi le professeur Guyot qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Qu'il me soit permis enfin d'évoquer ici les amitiés sincères rencontrées chez mes camarades d'Ecole pendant ces quatre années de vie commune, amitiés qui sauront défier je l'espère, et le temps et les circonstances.

INTRODUCTION

Les kystes de l'ovaire très anciennement connus chez l'adulte suscitèrent, lors de leur découverte chez l'enfant, une véritable curiosité.

En effet chez la femme de 30 et 40 ans ces kystes furent bien étudiés depuis Morgani. Mais, Giraldès, en 1866, signala le premier leur présence chez l'enfant et cite, à cette occasion, deux observations dont une assez intéressante est reproduite dans la thèse de Brun.

Pozzi et Labadie-Lagrave en disent quelques mots dans leurs traités classiques; mais, aucun ne s'appesantit sur la question.

Puis se furent Schwartz, 1873, Roëmer, 1883, Sant'Anna 1896, Aldibert, 1893.

Il nous faut arriver en 1912, avec la thèse de Brun, pour trouver un ouvrage mettant en relief cette question si intéressante.

Les observations, actuellement, en sont nombreuses, tant de nourrissons que d'enfants ayant atteint 13 à 15 ans.

Ces kystes maintenant bien connus, grâce aux progrès de la chirurgie, ne sont plus des trouvailles d'autopsie; ils tiennent aujourd'hui une place importante dans le chapitre des tumeurs abdominales de l'enfance.

On peut citer encore comme ouvrages ayant donné un nouvel essort à la question depuis la thèse de Brun: celle de Français, Montpellier, 1925-26, l'article de Potvin, dans la *Revue pratique d'obstétrique et de gynécologie*, 1914; l'article de Bourde, dans le *Marseille médical* du 15 janvier 1927.

Les quelques cas nouveaux que nous apportons n'ont certes pas la prétention de renverser les notions que nous avons déjà — tant au point de vue diagnostic que thérapeutique — mais, nous avons voulu ici réunir le tout dans une question d'ensemble et grossir un peu le faisceau d'observations dont on retire toujours quelques enseignements.

Dans ce modeste ouvrage nous avons suivi le plan suivant :

Chapitre I. — Etiologie et pathogénie.

Chapitre II. — Notions d'anatomie pathologique.

Chapitre III. — Observations.

Chapitre IV. — Diagnostic et Pronostic.

Chapitre V. — Complications.

Chapitre VI. — Traitement.

Chapitre VII. — Conclusions.

CHAPITRE I

ETIOLOGIE. PATHOGENIE

On n'a guère de faits précis permettant de se former un jugement sûr quant à l'étiologie de ces kystes.

Leur plus grande fréquence chez les femmes âgées de 40 à 50 ans avait fait penser au rôle des maternités successives et des accidents divers du tractus génital, mais, cette théorie se trouve infirmée depuis la découverte d'assez nombreux cas chez l'enfant.

Français, dont la thèse porte sur 86 observations, signale la plus grande fréquence des kystes (44) entre 10 et 15 ans, époque de la puberté, 35 autres entre 2 et 10 ans et 7 portant sur des nourrissons.

Dans la préparation de notre travail nous avons relevé près de 60 observations qui nous conduisent à des conclusions identiques. Il faut donc admettre autre chose que les traumatismes touchant les organes génitaux internes pour en expliquer la cause, puisqu'on retrouve ces tumeurs dans le tout jeune âge, dès la naissance même; Roëmer en signale un cas et Paolo Gaifami 3 autres en 1919. Pignié découvre même ces lésions à l'autopsie de 3 fœtus.

L'hérédité à son tour joue-t-elle un rôle? C'est la question que nous nous sommes posée. Quelques cas très nets avaient été signalés par Campbell qui avait vu 9 filles d'une même famille présenter cette affection, par Rose John qui l'avait relevée chez deux sœurs dont la mère avait elle-même été atteinte.

Nous apportons enfin où une observation personnelle, le fait que la mère de la petite malade avait elle-même été opérée d'un kyste de l'ovaire à l'âge de 35 ans. Que peuvent

prouver ces quelques faits ? Il nous faudrait un plus grand nombre de cas pour pouvoir en tirer une conclusion définitive. Les recherches que nous avons faites dans ce domaine ne nous fournirent que peu de renseignements, car, la majorité des observations recueillies, ne faisaient pas mention des antécédents héréditaires des malades et, d'autre part, on peut considérer qu'un grand nombre de kystes de petites dimensions ne provoquant pas d'accidents, passent inaperçus chez les parents.

Nous pouvons donc considérer, au point de vue pathogénique, que ces tumeurs sont congénitales. Mais, par quel processus se développent-elles, tantôt rapidement, tantôt, au contraire, beaucoup plus tardivement à la période de la vie génitale de la femme ?

Différentes explications ont été données qui, corroborées par des faits d'observation minutieux, satisfont assez bien l'esprit.

Pour faciliter la question nous allons étudier successivement chacun de ces kystes. D'abord les kystes dermoïdes, ensuite les kystes mucoïdes.

Kystes dermoïdes

Nous ne citerons ici que pour mémoire l'ancienne théorie de Saint-Hilaire sur l'inclusion fœtale qui ne permet pas d'expliquer la présence des nombreuses formations que l'on peut trouver dans ces kystes.

La théorie de l'enclavement ectodermique qui trouva en Verneuil, Achard, Lannelongue, d'ardents défenseurs, nous séduirait par sa simplicité.

Cette théorie conçoit que, pendant la vie fœtale, des téguments cutanés se trouvent anormalement englobés dans la profondeur; puis, une fois séparés, aient continué à vivre et à proliférer d'une façon un peu anarchique, qui expliquerait la variété des formations incluses.

Cette théorie pourrait, à la rigueur, être admise pour les

kystes superficiels dont les plus fréquents sont ceux de la queue du sourcil; mais, pour des organes aussi profonds que l'ovaire on l'admet bien plus difficilement.

La théorie de Mathias Duval se base sur la parthénogénèse dont le principe est le suivant : un œuf peut, sans être fécondé, commencer sous certaines influences une segmentation anarchique qui donnera naissance aux différentes formations monstrueuses retrouvées habituellement dans le kyste. Cette théorie est infirmée par les faits suivants : On trouve des kystes dermoïdes dans des régions où la présence d'ovules ne saurait être expliquée.

La parthénogénèse n'est prouvée que chez les animaux du groupe des oursins.

La théorie blastomérique est actuellement la seule admise. Nous allons, ici, simplement en produire les grandes lignes :

Les blastomères sont les cellules nées de la première segmentation de l'ovule. Si on vient apporter un trouble à l'évolution de ces cellules, chacun de ces blastomères peut donner naissance soit à un embryon incomplet, soit à un embryon complet, mais plus petit, soit à une formation monstrueuse.

Le kyste de l'ovaire serait donc le résultat du développement anarchique d'un blastomère isolé dès les premiers stades de segmentation de l'ovule.

La plus grande fréquence s'explique donc dans le voisinage de l'ovaire; mais, cela n'exclue pas son développement dans d'autres régions.

Cette théorie explique très aisément la congénitalité des kystes dermoïdes. Leur augmentation de volume est ensuite variable dans le temps et dans l'espace, certains restant méconnus très longtemps.

Kystes mucoïdes.

Les kystes mucoïdes sont considérés comme des sortes d'adénomes. Mais, quel est le point de départ?

A ce sujet les opinions divergent, d'aucuns prétendent

que les tubes de Pflüger, résidus de l'embryon, sont l'origine réelle; en tous les cas, les cellules des kystes mucoïdes ne ressemblent nullement aux cellules pflügériennes. D'autres en attribuent la paternité aux débris wolfiens.

La théorie de l'hypertrophie des follicules de Graaf, admise par Achard et Lannelongue, n'a de valeur que dans certains cas de petits kystes de l'enfant. Elle ne rallie pas, non plus, tous les suffrages.

La théorie soutenue par Malassez et Sinety prend pour point de départ l'épithélium de revêtement de l'ovaire, lequel s'invagine et prolifère. Cette théorie seule semble avoir des fondements solides basés sur des faits cliniques et des observations histologiques précises. C'est à celle-ci que nous nous rattacherons volontiers.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les caractères anatomiques et anatomo-pathologiques des kystes de l'ovaire chez l'enfant se rapprochent de ceux de l'adulte; nous allons en esquisser rapidement les caractères généraux, en signalant surtout les quelques points particuliers qui peuvent différer.

Ces tumeurs siègent indifféremment sur l'un ou l'autre ovaire, cependant, Français, dans sa thèse, trouve une fréquence un peu plus grande à gauche qu'à droite (13 contre 10). Bourde dans son article du *Marseille Médical* émet un avis semblable, et sur les trois observations qu'il produit, nous trouvons deux gauches pour un droit .

Nos recherches personnelles nous conduisent aux mêmes constatations.

On signale en outre plusieurs cas de kystes bilatéraux (Kollock et Bryant). Riche a publié une observation à se sujet très intéressante que nous avons cru bon de reproduire ici; enfin nous en rapportons une toute personnelle dans laquelle l'enfant présentait un volumineux kyste de l'ovaire gauche et un ovaire droit parsemé d'autres petits kystes de la grosseur d'une noisette. Le volume de ces tumeurs est essentiellement variable, certaines deviennent énormes; nous relevons entre autre le poids de 10 kilogrammes chez une enfant de 12 ans; actuellement ces faits-là sont rares, le diagnostic plus précoce venant en commander l'ablation.

Une particularité des kystes de l'enfant est la longueur du pédicule; en effet, presque toujours, à l'examen, la tumeur qui a son siège abdominal, est très mobile; si mobile même

que d'après l'observation de Français on a trouvé l'un d'eux dans une hernie inguinale gauche.

Par contre, dans le cas de Riche, le kyste est complètement enclavé dans le pelvis; de même dans celui de Santy.

Cette longueur du pédicule est une des causes favorisant incontestablement la torsion qui est, nous le verrons, une complication très fréquente.

Les kystes dermoïdes sont ceux que l'on rencontre le plus habituellement. Nous rapportons ici la statistique de Français qui, sur 78 observations, en trouva 45, nos recherches personnelles nous conduisent à en signaler 40 sur 60.

Ces quelques notions étant exposées, nous allons étudier l'anatomie pathologique de chacun d'eux.

I. — Kystes dermoïdes.

Ils sont d'un volume moins considérable que les kystes mucoïdes; leur consistance est inégale et leur enveloppe de constitution identique à la peau englobe de nombreuses formations ectodermiques au sein d'une substance blanchâtre, sorte de caseum.

Les formations rencontrées à l'intérieur sont le plus souvent des cheveux, des ongles, des dents, en nombre plus ou moins considérable, dont certaines sont parfois très bien développées.

Ces kystes sont en général uniloculaires.

II. — Kystes mucoïdes.

Moins fréquents que les précédents, ils se caractérisent par leur volume plus imposant. Leur paroi est lisse, de couleur plutôt sombre et d'épaisseur inégale. Ils sont en général multiloculaires, mais les différentes cloisons qui les divisent sont souvent incomplètes, quelquefois même elles sont réduites à de simples éperons implantés sur la face interne de l'enveloppe.

Le contenu est un liquide sirupeux dont la couleur atteint

souvent le brun chocolat due surtout aux suffusions hémorragiques, et dont la consistance va jusqu'à celle de la gélatine.

Au point de vue microscopique c'est la structure que nous trouvons décrite dans tous les traités classiques, à savoir :

1^o Une couche externe formée d'un épithélium cubique.

2^o Une couche moyenne constituée par du tissu conjonctif lâche.

3^o Une couche interne avec des cellules épithéliales cylindriques.

Nous n'avons trouvé aucun cas relatant la présence de végétations ni la dégénérescence maligne de l'un de ces kystes, et, comme le dit J.-L. Faure, on peut « repousser les termes de cysto-épithéliome et d'épithélioma mucoïde pour s'en tenir au terme simple de kyste de l'ovaire ».

Nous avons insisté précédemment sur la longueur fréquente du pédicule; la liberté que celui-ci donne à la tumeur permet les rapports les plus divers.

Le plus souvent c'est l'intestin qu'elle refoule et comprime, d'où troubles gastro-intestinaux, puis c'est la vessie ou l'appendice qu'elle irrite. Cette dernière éventualité est importante à considérer, nous le verrons pour le diagnostic, car on est très porté à confondre un kyste avec un empâtement péritonéal d'origine purement appendiculaire; quelquefois même les lésions coexistent.

OBSERVATIONS

Observation I

Observation due à l'obligeance du Professeur Loubat

R... Jeanne. La malade entre dans le service le 10 janvier 1927 pour une tumeur abdominale.

Le début de la maladie remonte au mois d'octobre 1926. A cette époque la malade qui procédait aux vendanges eut une crise douloureuse de l'abdomen qui l'obligea à s'aliter. Douleur très violente sans irradiation qui cessa brusquement. La malade reprit ses occupations en conservant malgré tout une douleur sourde dans tout l'abdomen. Un docteur appelé constate la présence d'une petite tumeur dans la partie droite du ventre.

Un mois après (novembre) nouvelle crise douloureuse beaucoup plus violente qui dura également deux jours et nécessita l'alitement. Cette fois la douleur très vive s'irradie dans les membres inférieurs; contracture de l'abdomen très nette; pas de vomissements, pas de selles.

Les phénomènes s'atténuent progressivement mais la malade accuse encore quelques douleurs et remarque elle-même que sa tumeur a augmenté de volume.

Le Docteur E. Papin appelé diagnostique un kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule.

Examen : Le ventre de la malade présente une voussure hypogastrique avec un point plus saillant au niveau et à droite de l'ombilic.

A la palpation on sent une tumeur rappelant un peu la forme d'un cœur de carte à jouer à prolongement inférieur descendant dans le petit bassin, et de la grosseur du poing.

Cette tumeur est d'une consistance dure, rénitente, à surface régulière, très mobile transversalement; peu de mobilité longitudinale vers le haut en position de Trendelenbourg.

Le toucher vaginal et le toucher rectal ne donnent aucun renseignement.

La palpation bimanuelle confirme les données trouvées à la palpation simple.

Après examen des appareils cardio-vasculaires et pulmonaires et analyse d'urine ne révélant rien d'anormal, l'intervention chirurgicale est décidée.

Intervention : 15 janvier 1927 par le Docteur Papin. Bonne anesthésie : Après laparotomie médiane et dès l'incision du péritoine on tombe sur une tumeur kystique développée aux dépens de l'ovaire droit, dont le pédicule est tordu plusieurs fois sur lui-même. Cette grosseur est de la grosseur d'un poing; après ligature, ovariectomie et péritonisation on referme.

Suite opératoires excellentes, dix jours après on enlève les points, la malade sort guérie.

Observation II

L... Paulette, 10 ans. — Service du Dr Loubal. — Entrée : 26 octobre 1932.

Antécédents. — Née à terme. Nourrie au sein. Marche à 13 mois. Varicelle. Coqueluche à 4 ans. Rougeole à 8 ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère opérée d'un kyste de l'ovaire à 35 ans.

Histoire. — Dans la nuit du 24 au 25 octobre la petite malade commence à souffrir du ventre : douleur sourde avec exacerbation accompagnée de vomissements glaireux et de diarrhée. La douleur persistant (pendant 2 jours) on fait appeler le docteur qui constate une tumeur abdominale et dirige l'enfant sur l'hôpital, en portant le diagnostic de kyste de l'ovaire.

En interrogeant la malade on apprend que, peu après le début de ses premières douleurs, elle avait constaté une augmentation notable du volume de son abdomen.

Examen. — La malade est au lit. Température 37. Pouls 130. Elle se plaint toujours de la fosse iliaque gauche. A l'inspection on constate une légère voussure de la région sous-ombilicale médiane. La percussion révèle des flancs sonores et une matité médiane sus-pubienne à concavité dirigée du côté de l'ombilic. Creux épigastrique sonore.

A la palpation on sent très nettement une tumeur volumineuse (de la grosseur des deux poings environ) arrondie, lisse, fluctuante — pas trop sensible — mobile sous la paroi : on peut aisément la déplacer d'une fosse iliaque à l'autre et de haut en bas, sans provoquer de douleur chez la malade; mais, par contre une palpation profonde de la fosse iliaque gauche provoque une douleur intense. Le toucher rectal montre une grosse masse arrondie au-dessus d'un petit utérus dont elle est séparée par un petit sillon transversal au-dessus du fond utérin.

La palpation bi-manuelle montre qu'il s'agit d'une masse arrondie, lisse, fluctuante, très mobile dans l'abdomen et par rapport à l'utérus. Petite douleur à gauche.

Rien à signaler pour les autres appareils.

Opération. — 23 octobre 1932.

Laparatomie médiane, sous-ombilicale.

Le péritoine ouvert on tombe sur un kyste du volume de deux poings environ, à paroi mince, très violacée, parsemée de plaques noirâtres dues à des suffusions sanguines.

Développé aux dépens de l'ovaire gauche, le kyste présente un pédicule assez long, tordu de un tour sur lui-même. On fait une ovarosalpingectomie.

L'ovaire droit nettement polykystique est du volume d'une grosse amande. Il est fait une cautérisation ignée de ces kystes.

L'appendice fixé est enlevé.

Suites opératoires. — Ont été bonnes, mais, le poulx est resté à 130 pendant quelques jours.

Observation III.

Observation due à l'obligeance du Professeur Guyot.

Kyste de l'ovaire droit chez une fillette de 13 ans 1/2.

Il s'agit d'une petite malade de clientèle opérée il y a cinq ans dans une clinique de la ville.

Pas d'antécédents héréditaires, les parents sont en parfaite santé.

L'enfant jusqu'alors était bien portante, avait été nourrie au sein et n'avait présenté aucun accident de la première enfance.

Premières règles à 12 ans 1/2, sont normales, assez abondantes, non douloureuses.

Il y a quelques mois la petite malade a accusé des phénomènes douloureux du côté du ventre coïncidant avec une constipation opiniâtre.

Depuis 16 ou 20 jours petites crises douloureuses du côté droit avec léger état nauséeux.

Un médecin consulté pense à l'appendicite et la malade est adressée au chirurgien.

A l'examen, bon état général, se laisse facilement examiner, au palper abdominal on trouve un peu de sensibilité avec légère contracture du côté droit.

Par le toucher rectal on sent nettement l'utérus petit, et sur son côté droit une tumeur arrondie nettement molle, tendue et douloureuse, dont on ne peut préciser le volume.

Par le palper bimanuel on se rend compte qu'il s'agit d'un petit kyste de l'ovaire douloureux et l'on porte le diagnostic du kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Après analyse des urines, examen minutieux des poumons et du cœur qui ne révèlent rien d'anormal on conseille une intervention chirurgicale, celle-ci est pratiquée quelques jours après.

Opération. — Anesthésie au Schleich, après injection de spartéine.

Bonne anesthésie sans incident.

Dès le ventre ouvert par une incision médiane on constate l'existence d'un petit kyste de l'ovaire droit de la grosseur d'une orange avec torsion du pédicule sans adhérences.

Ovariectomie et péritonisation du pédicule au-dessus de deux ligatures superposées.

L'appendice est sain, pas d'appendicectomie.

Suites opératoires normales, les points sont enlevés le dixième jour la malade quitte la clinique, le quinzième, guérie.

Observation IV.

*Observation du docteur M. G. Darcourt,
publiée dans Pédiatrie de novembre 1931.*

Je suis appelé, en août 1930, au chevet d'une fillette de 5 ans et demi, pour une crise abdominale douloureuse accompagnée de vomissements. L'enfant a commencé à souffrir il y a quelques

heures et se plaint du côté droit du ventre. Il y a eu trois vomissements, le premier alimentaire, le deuxième muqueux, le troisième légèrement teinté de bile. La famille qui n'habitait pas Marseille auparavant, me raconte que l'enfant était très sujette à ces sortes de crises, mises sur le compte d'une maladie du foie pour laquelle elle était soignée presque depuis sa naissance. Mais cette crise actuelle paraissait durer tout de même plus qu'à l'accoutumée.

A l'examen, je constate une petite tumeur du volume d'une mandarine, située dans la région paraombilicale droite. Cette tumeur est légèrement mobile, sensible à la palpation, mate à la percussion. Le ventre est très souple, non météorisé. Il n'y a pas d'élévation thermique (température $37^{\circ}2$), pas de gaz, pas d'émission de sang par l'anus. Toucher rectal négatif.

Un peu embarrassé devant ce tableau clinique et devant cette tumeur dont l'existence n'avait jamais été constatée jusqu'à ce jour, je pratique, avec le docteur Raoul Benet, un examen radioscopique du gros intestin, me demandant s'il ne s'agissait pas d'une invagination intestinale. Le lavement progresse normalement dans le gros intestin, qu'il remplit en entier, encadrant la tumeur.

Puis, les symptômes s'améliorent, les vomissements ne sont pas reproduits, les gaz et les matières ont réapparu, l'enfant dit ne plus souffrir. L'intervention est différée.

Je revois l'enfant le lendemain. A mon grand étonnement la tumeur a complètement disparu : j'ai beau palper le ventre dans tous les sens je ne la retrouve plus. Il est vrai que je n'ai pas à nouveau pratiqué de toucher rectal.

Je perds l'enfant de vue jusqu'au début de juin 1931 où la mère me la ramène pour toute autre raison. La fillette a passé cet intervalle en excellente santé et ne s'est plus jamais ressentie de son ventre. Je profite de l'occasion, cependant, pour examiner à nouveau son abdomen, et j'y retrouve la tumeur perçue dix mois auparavant.

Elle est de siège à peu près identique, mais son volume a nettement augmenté : il semble atteindre celui d'une orange.

Par contre sa mobilité est extrêmement grande. On la déplace à son aise et on lui fait parcourir facilement les différents segments de l'abdomen. Nous décidons de pratiquer un examen radiographique pour tâcher de la localiser, si possible.

L'examen a donné lieu à l'obtention de beaux clichés. Ils mon-

trent la présence d'une masse d'un volume imprécis, transparente aux rayons X, mais contenant au centre un noyau opaque très visible qui se projette sur l'articulation sacro-iliaque droite. Au cours de l'examen, la tumeur disparut à nouveau du champ abdominal; l'examen radiographique montra qu'elle avait glissé dans le petit bassin.

Le diagnostic de kyste dermoïde était posé; le siège et l'extrême mobilité faisaient penser à une localisation au niveau de l'ovaire droit.

La famille convaincue de la nécessité d'une intervention, n'osait se décider, quand, brusquement, des accidents aigus firent leur apparition : vomissements, douleurs, etc., comme la première fois, mais plus intenses et plus durables.

L'intervention est pratiquée le 17 juin 1931.

Anesthésie générale Kélène-chloroforme.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Extirpation d'un kyste du volume d'une très grosse orange, formé aux dépens de l'ovaire droit. Ce kyste est tordu sur son pédicule en sens inverse des aiguilles d'une montre, d'environ un tour complet. Ovaire droit et utérus normaux. Fermeture en trois plans. Drainage sous-cutané, glace.

Le soir de l'intervention, la température est à 39°. Le pouls est bon, rapide. Le lendemain matin, température 39°5, pouls 130. Emission de gaz vers le matin. On pratique un enveloppement froid du thorax, qui sera renouvelé toutes les trois heures. A 14 h. la température atteint 40°8, pouls 180. L'enfant est particulièrement pâle, sans atteindre la pâleur cireuse habituelle chez le nourrisson. On prescrit lavement à 24° de 250 cc. d'eau bouillie, sérum sous-cutané, huile camphrée; on continue la glace et les enveloppements froids du thorax. A 18 heures, la fillette est prise d'une crise délirante inquiétante, avec mouvements cloniques des membres qui obligent à l'attacher et à la prescription d'une potion bromure-chloral. Température 39°8. Nuit agitée; mais relativement bonne.

Le lendemain la température qui est tombée à 39° le matin, redevient normale peu à peu dans les jours qui suivent. L'enfant se recolore et les suites sont normales. Elle quitte la clinique guérie le 27 juin 1931.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde

mesurant 32 cm. de circonférence dans son plus grand diamètre. Il est constitué d'une vaste poche très amincie à certains endroits, contenant un liquide séreux, et d'une partie charnue plus rapprochée de pédicule, au niveau de laquelle se trouvent un amas de cheveux assez important et une formation osseuse qui n'est autre qu'un fragment de maxillaire comportant deux alvéoles et deux dents prémolaires parfaitement formées.

Observation V.

Observation de V. Riche

Publiée dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, mars 1928.

La malade est une petite fille de onze ans, pas très développée pour son âge, mais de bonne santé habituelle et sans aucun antécédent pathologique notable.

En février 1927, elle avait été prise brusquement de douleurs vives dans le côté droit du ventre avec vomissements. Sa crise dura douze heures et cessa brusquement.

Un mois après, environ, en mars 1927, nouvelle crise douloureuse qui dure 24 heures. Les douleurs violentes étaient nettement localisées dans le côté droit du bas-ventre et s'accompagnaient aussi de vomissements.

Entre temps, la petite malade accusait par moment une sensation pénible vers la région inguinale droite. Depuis ces deux crises s'était installée une constipation rebelle.

Le vendredi 28 octobre 1927, vers quinze heures elle est prise subitement de douleurs violentes dans le flanc droit et la fosse iliaque droite, vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, un médecin appelé constate aussi de la défense musculaire, mais pas de température, et parle de crise d'appendicite. Le lendemain matin samedi les vomissements ont cessé et ne se reproduisent plus de la journée, toujours pas de fièvre, état général bon. Le médecin est moins affirmatif en ce qui concerne l'appendicite et conseille de faire appel à un de nos collègues de médecine qui voit la malade le dimanche 30 octobre vers la 48^e heure des accidents. L'état général est bon, l'apyrexie est absolue. Dans la région ombilicale, à droite, à quatre travers de doigt environ au-

dessous du rebord costal il constate une tumeur du volume d'un œuf de poule assez mobile, mais douloureux à la pression; le ventre est souple. Il pense à une invagination intestinale, mais il n'y a pas eu de selles sanglantes, les gaz circulent aisément, il n'y a pas le moindre tympanisme. On prescrit un lavement huileux qui donne une petite selle avec quelques scybales.

Je vois la malade le lundi 31 octobre à 15 heures, 72 heures après le début; le facies est bon, le pouls est à 80, la température rectale à 37° 8. Plus de vomissements depuis deux jours, pas d'arrêt des gaz, mais pas de selle depuis le lavement huileux de la veille. Urines normales.

Le ventre n'est pas ballonné mais plutôt rétracté et l'on constate une défense musculaire qui gêne la palpation. Dans le flanc droit on peut cependant percevoir une tumeur du volume d'une mandarine, difficile à délimiter, douloureuse sur toute son étendue, de consistance plutôt ferme. Son pôle inférieur très douloureux répond exactement au point de Mac Burney; la tumeur est donc toute entière au-dessus de la ligne spino-ombilicale.

Le toucher rectal donne la sensation d'un empâtement diffus légèrement fluctuant.

Le lendemain, 1^{er} novembre, la situation est stationnaire, mais le pouls s'est légèrement accéléré. Ni vomissements ni selle. Le ventre toujours rétracté se défend davantage; malgré que la température ne dépasse pas 37° 9 l'intervention est décidée.

Opération le mercredi 2 novembre. — Sous anesthésie générale au mélange de Schleich, laparatomie latérale droite, très externe se rapprochant de l'épine iliaque dans l'hypothèse d'une lésion appendiculaire. Le péritoine ouvert on arrive sur un gâteau épiploïque de coloration verdâtre qui coiffe la région cœco-appendiculaire. Mais en agrandissant l'incision vers le haut, on voit que ce gâteau recouvre une tumeur volumineuse de coloration violacée, lisse et régulière, d'aspect kystique. Prudemment dégagée de ses adhérences cette tumeur est en effet un kyste du volume d'une tête de fœtus qui occupe une bonne partie de la région ombilicale. On se donne du jour par une incision transversale qui atteint la ligne blanche un peu au-dessous de l'ombilic, et on se rend compte que ce kyste se prolonge en bas vers le petit bassin par un pédicule noirâtre tordu sur lui-même de deux tours et demi dans le sens des aiguilles d'une montre,

L'appendice était compris dans les adhérences épiploïques qui recouvraient le pôle inférieur de la tumeur. Il paraissait sain, mais on l'enlève après ligature à la soie, sans enfouissement. Résection de l'épiploon altéré et section du pédicule du kyste qui présentait par places quelques taches d'aspect sphacélique.

La tumeur enlevée, on s'aperçoit alors que le petit bassin est complètement rempli par une autre tumeur, rosée celle-ci mais sensiblement de même volume et d'aspect kystique. Son énucléation est rendue assez laborieuse par ce fait que la paroi kystique est en quelque sorte moulée sur le pelvis. Après libération on constate qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche, dont le pédicule est péniblement sectionné et lié au ras de la tumeur, l'incision faite ne donnant qu'un jour insuffisant. Assèchement du pelvis qui renferme un peu de liquide.

Fermeture du ventre à trois plans sans drainage. Suites opératoires apyrétiques quoique fort mouvementées, la petite malade fait des sauts de carpe dans son lit, soumettant les sutures à une rude épreuve. Elle se calme le 3^e jour et guérit sans incident.

Examen des pièces. — La tumeur de l'ovaire droit d'aspect piriforme de coloration violacée mesure 12 cm. sur 10. La tumeur de l'ovaire gauche plus volumineuse et plus régulière, ovoïde mesure 13 cm. sur 11. Sur chacune de ces deux tumeurs se voit la trompe étalée sur toute sa longueur. Il n'a pas été possible de faire la moindre tentative de conservation.

Observation VI

Observation de M. Sauty

Publiée dans le *Lyon chirurgical* 1928, page 715. — Kyste dermoïde de l'ovaire ouvert dans la vessie.

Envoyée du service du docteur Nové-Jossérand au Perron où elle était hospitalisée pour lésions bacillaires discrètes du sommet droit.

Opérée il y a un an à la Charité pour appendicite. La malade avait présenté à ce moment des coliques et des douleurs dans la fosse iliaque droite.

L'intervention n'améliora pas ces symptômes. Bientôt des signes de cystite se précisent, brûlures à la miction, pollakiurie

nocturne (six à sept fois par nuit). Urines troubles, une seule fois la malade a du sang dans les urines.

En même temps apparaissent des douleurs rénales peu intenses bilatérales.

Tous ces symptômes depuis l'entrée au Perron, qui remonte à six mois se sont beaucoup améliorés; la malade a engraisé de 3 kg. et présente un état général satisfaisant. La malade est envoyée avec le diagnostic de tuberculose rénale, des bacilles ayant été retrouvés dans ses urines.

A l'examen : urines troubles (elles l'ont été parait-il bien davantage); léger disque d'albumine, pas de sucre, reins non perçus et non douloureux

Abdomen : souple.

Cœur : rien à signaler.

Poumon : Signes d'induration légère au sommet droit.

Cystoscopie le 28 mars 1928, nous montre des corps étrangers de la vessie ayant l'allure de tiges de graminées incrustées de sels calcaires paraissant émerger d'un orifice de la muqueuse vésicale. Tentatives d'extraction infructueuses.

31 mars 1928. Intervention, sous forme de cystostomie exploratrice; le corps étranger est une mèche de cheveux issue vraisemblablement d'un kyste dermoïde.

Laparotomie : Tout le petit bassin est comblé par des adhérences certainement en rapport avec les phénomènes inflammatoires pour lesquels une incision iliaque droite a été pratiquée autrefois à la Charité. On parvient très péniblement jusqu'au kyste que l'on ne peut enlever que par énucléation intracapsulaire.

Le contenu solide du kyste, uniquement représenté par la papille à la surface de laquelle on trouve d'ailleurs deux dents et de laquelle s'échappe une longue mèche de cheveux qui s'engage dans la fistule vésicale.

On termine par un tamponnement avec deux mèches dans le petit bassin et on ferme la vessie sur un tube de Marion.

Mise en place d'une sonde uréthérale à demeure.

Suppression du Marion le 12^e jour.

Suppression de la sonde uréthérale le 28^e jour.

Il subsiste des signes de cystite après un mois.

Observation VII.

Observation de MM. les docteurs Minne et Louis Gernez.

Pédiatrie, novembre 1931.

G. D. 10 ans et demi, entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales et une tuméfaction abdominale apparue progressivement depuis un an.

Les douleurs, attribuées à la constipation, datent de plusieurs années. L'enfant va à la selle tous les deux, trois jours. Elle présente en outre de la pollakiurie surtout diurne, urinant une douzaine de fois le jour, une à trois fois la nuit.

L'état général est satisfaisant, jamais elle n'a eu de vomissements.

L'attention est de suite attirée par une tuméfaction siégeant dans la région sous-ombilicale s'étendant du pubis à l'ombilic en s'arrêtant latéralement à un travers de doigt des épines iliaques.

La palpation montre une tumeur du volume d'une tête de fœtus, régulière, globuleuse, occupant les limites que nous venons d'indiquer. Cette masse présente un flot manifeste, elle est mobilisable dans le sens transversal, mais beaucoup plus dans le sens vertical. On arrive à remonter son pôle inférieur à quatre travers de doigt de la symphyse pubienne, et en position inversée on l'amène facilement au niveau de l'ombilic, de sorte que la tumeur arrive à l'épigastre. Cette manœuvre est peu douloureuse. L'exploration du petit bassin est possible et ne révèle rien d'anormal.

La percussion met en évidence la matité de la tumeur et la sonorité des régions avoisinantes.

L'insufflation d'air par le rectum dilate le cadre colique normalement, sans intéresser la tumeur qui garde les caractères précédents.

Au toucher rectal, on sent l'utérus et le col, mais on ne perçoit pas de pôle inférieur de la tumeur abdominale.

L'intervention est pratiquée le 5 février 1931.

Après laparatomie sus et sous-ombilicale, on découvre une masse kystique nacrée que l'on extériorise après agrandissement de l'incision. L'origine de cette masse abdominale est au niveau du ligament large droit. Le pédicule est tordu de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre.

L'ovaire et la trompe sont intacts.

Ligature et section du pédicule du kyste.

En explorant les anses intestinales, on découvre un diverticule de Meckel typique qui est réséqué et enfoui.

Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérisson de l'enfant sans incidents.

Examen de la pièce : il s'agit d'un kyste multiloculaire de l'ovaire pesant 625 grammes. La poche est irrégulière, mince, épaisse par endroits, renfermant des poches plus petites. On est frappé par la présence au niveau de la face interne de la poche, à l'endroit du pédicule, d'une masse brunâtre du volume d'une noix semblant contenir de la matière sebacée.

Le liquide du kyste est citrin, onctueux et renferme 30 gr. 40 d'albumine par litre.

Observation VIII.

Observation des docteurs Yves Bourde et Christian Lorient.

(Marseille médical, 1927, page 73.)

R... Lili, âgée de 20 mois, est une enfant d'aspect extrêmement chétif, au teint pâle.

Elle est née de parents en apparence bien portants, mariés depuis quatre ans.

L'accouchement a eu lieu à terme, mais le travail a été long et pénible.

Dès la naissance, le docteur Ch. Lorient constate un ventre anormalement développé et un foie gros, débordant nettement les fausses côtes.

Sous l'influence d'un traitement anti-spécifique, par frictions et suppositoires, le volume du foie régresse, mais celui du ventre augmente progressivement. Le Dr Lorient me demande, le 11 juin 1926 de voir cette enfant alors âgée de 16 mois; il a diagnostiqué nettement la présence d'un volumineux kyste abdominal. Un médecin spécialiste des maladies des enfants l'a déjà vue avec lui et a posé le diagnostic de kyste du mésentère.

Lors de mon premier examen, je vois une fillette assez malingre, dont l'abdomen est considérablement augmenté de volume et assez régulièrement sphérique. Les fausses côtes sont écartées en dehors, le thorax très évasé par en bas. L'ombilic est étalé, déplié et pseudo-fluctuant.

La palpation donne une sensation de fluctuation nette, dans un

ventre uniformément distendu. La percussion permet de constater une matité complète sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic. L'épigastre est, par contre, très sonore. Les flancs sont mats d'une façon absolue. En somme, toute la moitié inférieure du ventre est uniformément mate. Les différentes positions données au bébé ne permettent pas de constater grand changement dans les limites de cette zone. En particulier, la position renversée tête en bas, ne change rien.

Le toucher rectal donne une sensation de fluctuation analogue à celle perçue par le palper abdominal.

Comme signes fonctionnels il faut noter que les fonctions digestives s'accomplissent bien, que les mictions sont d'une fréquence normale. Mais de temps à autre l'enfant se plaint du ventre, perd un peu l'appétit, devient pleurnicharde. Puis tout rentre dans l'ordre, cependant que le ventre continue à grossir.

Comme conclusion de ce premier examen, je n'ose pas confirmer le diagnostic de kyste porté par deux confrères. J'ai plutôt l'impression d'un épanchement liquide libre dans le ventre : je n'ai senti nul ballonnement d'une tumeur kystique. S'il s'agit d'un kyste il doit confondre sa paroi avec la paroi abdominale.

Je conseille d'attendre quelques mois et confie la petite malade à un excellent confrère de médecine générale qui, lui aussi, rejette l'idée de kyste et pose le diagnostic d'ascite. Le traitement antispécifique par piqûre que nous proposons n'est pas accepté par la famille.

Je perds ainsi l'enfant de vue jusqu'en octobre. Cependant les parents ont consulté d'autres confrères à diverses reprises.

L'un d'eux spécialiste de gastro-entérologie, fait une scopie sous lavement baryté et constate une dilatation marquée de la région de l'angle gauche. Sur la radiographie on peut voir que cette zone est beaucoup plus dilatée que le côlon droit. Quant au descendant il est à peine marqué par un trait filiforme.

Ce confrère, nous dit la famille, pose le diagnostic de dilatation du gros intestin.

En juillet 1926, l'enfant fait une varicelle bénigne. Au début d'octobre survient une crise abdominale violente avec douleur à droite, fièvre (?), cris, pendant laquelle l'enfant se tord de douleurs, nous dit-on.

Je revois le bébé le 26 octobre. L'état général est mauvais, l'enfant

est amaigrie, blafarde. Le ventre est véritablement monstrueux. Il est plus tendu, plus rénitent; les flancs sont moins franchement mats que lors de mon premier examen. Les parents réclament l'intervention. A ce moment, l'idée de kyste de l'ovaire comme l'affirme le docteur Lorient, me paraît infiniment plus probable : flancs plus sonores, lumière intestinale aplatie par compression, tension plus grande du liquide. Il y a là quelques nuances qui orientent mieux le diagnostic.

Intervention le 28 octobre 1926.

Après laparotomie médiane sous-ombilicale, on tombe sur un énorme kyste mucoïde emplissant tout le ventre jusque sous le diaphragme. Ponction au trocart, ce qui permet de sortir la poche par l'incision sous-ombilicale. Pédicule long et grêle s'insérant sur la corne droite, tordu un peu plus de deux fois.

En arrière et à droite la tumeur présente une zone épaissie, violacée, très adhérente à la fosse iliaque, au cæcum et à l'appendice.

Décollement kysto-colique et kysto-pariétal. Section et ligature du pédicule. Ablation du kyste. L'utérus est très petit.

On voit alors qu'il subsiste dans la zone décollée une surface de fosse iliaque suintante avec hémorragie en nappe. Tamponnement provisoire. Ablation sans enfouissement de l'appendice qui est très enflammé.

On tasse dans la zone cruentée deux compresses qui sortent, d'autre part, par la partie inférieure de l'incision. Fermeture en deux plans. Pansements aux bandelettes de cutiplaste.

Suites : très pénibles.

Premier jour : shock intense, sérum, huile camphrée à hautes doses qui seront continuées les jours après.

Deuxième jour : élévation thermique à 39°5 qui durera trois jours pour tomber en lysis. Pouls à 140.

Un ballonnement brusque du ventre s'installa à vue d'œil, vomissements abondant muco-biliéux.

Toutefois des gaz s'évacuent dès ce deuxième jour. Sonde rectale.

Vessie à glace sur le ventre.

Troisième jour : ablation des mèches. Ventre toujours très distendu.

Quatrième jour : je pratique un abondant lavage d'estomac et je prescris de petits lavements froids qui ramènent des matières.

Cinquième jour : le ballonnement cède peu à peu. Selle spontanée.

Amélioration progressive dès ce jour-là. Guérison *per primam* de la paroi après un petit écoulement séreux de quelques jours par l'orifice des mèches remplacées par un petit drain. L'enfant est sortie de la clinique le 9 novembre, soit douze jours après l'opération, avec un pansement de soutien aux bandelettes de sparadrap.

Revue le 30 décembre, en excellente santé; la paroi est très solide.

Le kyste contenait deux litres et demi de liquide franchement hématique. Il était uniloculaire, à parois assez uniformément épaisses. Sur une zone de la dimension de 5 francs il existe un épaississement plus marqué; c'était la zone adhérente à la paroi et au cœco-ascendant.

En résumé : kyste mucoïde d'aspect banal, mais d'une dimension considérable en égard à l'âge et à la taille de l'enfant. Torsion du pédicule et hémorragie intra-kystique. Appendicite concomitante.

SYMPTOMES

Cliniquement les kystes se manifestent comme chez l'adulte ; cependant certains symptômes étant plus marqués, tandis qu'au contraire, certains autres sont plus atténués, nous obtenons une physionomie spéciale de cette affection.

Dans cette étude nous insisterons surtout sur les quelques particularités qui, nous le verrons, découlent en partie, des notions anatomo-pathologiques exposées précédemment.

Le tableau clinique peut se concevoir de la façon suivante :

D'abord une période pendant laquelle le kyste grossit lentement, silencieusement, sans trouble aucun. C'est la période que Lannelongue, Legeu, Pozzi appellent période de latence et qui passe inaperçue. Puis, lorsque la tumeur a atteint un volume suffisant, ce qui demande un laps de temps très variable, celle-ci se manifeste chez la malade par plusieurs ordres de signes.

Signes fonctionnels.

Très variables et très polymorphes nous les avons divisés en plusieurs catégories :

1^o *Troubles gastro-intestinaux.* — Très fréquents, sont constitués par de l'anorexie, des vomissements quelquefois abondants survenant par crises, accompagnés de douleur. MM. Minne et Gernez dans l'article qu'ils ont publié en novembre 1931 dans *Pédiatrie*, insistent sur la grande fréquence de ces troubles. Nous signalons aussi les alternatives de constipation et de diarrhée.

2^o *Troubles douloureux.* — Pas toujours constants, survenant par crises, ils constituent l'apanage de certaines compli-

cations que nous étudierons plus loin. Cependant, on trouve toujours, une certaine sensation de pesanteur du bas du ventre qui se répercute sur la vessie. On a noté aussi quelques douleurs dues à des névrites dont nous parlerons plus loin.

3° *Troubles de compression.* — Les plus marqués et souvent les premiers en date sont du côté de la vessie. Nous avons alors des douleurs lancinantes et de la pollakiurie.

La compression se fait sentir aussi, dès que la tumeur a un certain volume, du côté du rectum et détermine une constipation opiniâtre entrecoupée de véritables débâcles diarrhéiques.

Lorsque la compression porte plus haut, nous avons un véritable syndrome d'occlusion avec ballonnement du ventre.

Signalons encore les névrites par compression, dont les douleurs les plus communes s'irradient dans les membres inférieurs.

On a noté aussi certains phénomènes dyspnéiques par refoulement du diaphragme.

4° *Troubles menstruels.* — Ils viennent souvent compléter le tableau clinique. Dans plusieurs observations nous avons retrouvé les faits suivants : les enfants porteurs de kyste de l'ovaire sont réglées plus précocement que les autres. Français dans sa thèse cite l'observation de Schwartz, en effet très typique d'une fillette de 4 ans « qui avait des menstrues absolument régulières, et un utérus du volume de cet organe à 20 ans. »

Signes physiques

Les méthodes d'investigation chez l'enfant sont un peu différentes de celles employées chez la femme adulte; nous allons en préciser plusieurs points.

D'abord la palpation, dont on retire de grands enseignements est ici rendue très facile par la faible épaisseur de la paroi abdominale; nous nous trouverons cependant quelquefois gêné par la mauvaise volonté et la peur d'un enfant qui se contracte. Il ne faudra pas, si le diagnostic en dépend hési-

ter à faire une légère anesthésie chloroformique pour faciliter l'exploration.

Nous ne pourrions compter ici sur le toucher vaginal, nous devrions le remplacer par le toucher rectal qui donne d'ailleurs des renseignements de tout premier ordre comme nous le montrerons dans nos observations.

Le premier signe qui frappe en général est l'augmentation du volume de l'abdomen. Nous avons vu, en effet, que très précocement, dans la plupart des cas, la tumeur était abdominale. C'est l'enfant elle-même qui a constaté cet embonpoint ou, le plus souvent, la mère au cours de la toilette.

La palpation ici très facile, comme nous l'avons exposé plus haut, nous permet de délimiter la grosseur, la consistance, la situation, la mobilité du kyste — elle nous permet aussi de préciser ses rapports avec les autres organes et les caractéristiques de sa paroi, lisse, bosselée, épaisse, etc.

La percussion donne aussi certains renseignements: elle décele une matité très nette au-dessus du pubis et permet par sa forme de la différencier d'un épanchement péritonéal libre.

Lorsque la tumeur reste pelvienne et se manifeste surtout par des signes de compression, il nous faudra avoir recours au toucher rectal. A l'aide de celui-ci on arrivera sur la tumeur, on pourra la localiser — ou bien on trouvera un empâtement diffus de tout le pelvis : autant d'éléments pour le diagnostic

LES COMPLICATIONS

Le kyste par lui-même évolue lentement, il ne produit des troubles qu'après avoir atteint un certain volume.

Les complications par contre, arrivent soudainement avec un tableau clinique assez dramatique; elles sont si fréquentes chez l'enfant que, nous pouvons dire que, la plupart des kystes diagnostiqués l'ont été par suite de complications.

Quelles sont donc ces complications ?

En premier lieu nous citerons la torsion du pédicule; puis, viennent ensuite, avec une moins grande fréquence ! : l'hémorragie intra kystique, la suppuration, l'ascite, l'occlusion intestinale, les troubles urinaires, la hernie du kyste.

I. *La torsion du pédicule* qui peut être complète ou incomplète, se manifeste par une réaction péritonéale violente comme chez l'adulte. Nous avons des crises douloureuses intenses, sous forme de coliques, qui font hurler la malade; ces douleurs se compliquent, lorsque la rotation est plus prononcée, de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux; la température augmente, le pouls devient rapide, le faciès s'altère, la ventre se ballonne. Assez souvent, au bout de 48 heures, ces phénomènes s'amendent peu à peu : la petite malade reprend sa vie normale — jusqu'à la crise suivante qui survient à une époque plus ou moins éloignée.

Beaucoup de ces crises, s'accompagnant d'un peu de défense musculaire, sont étiquetées « crises appendiculaires » jusqu'au jour de la découverte d'une tumeur.

II. *L'hémorragie intra kystique* est très souvent la conséquence de la torsion. La tumeur devient plus volumineuse, plus tendue, la douleur est plus grande, les phénomènes géné-

raux eux-mêmes s'accroissent; le diagnostic est intimement lié à celui de la torsion.

III. *La rupture* est assez peu fréquente. Français dans sa thèse a signalé deux observations : celles de Jenkins et celle de Beale, d'après lesquelles les deux malades auraient succombé à une péritonite.

IV. *La suppuration* est de même peu fréquente. Nous citerons à ce sujet l'observation de Paterson relative à une enfant de 10 ans.

V. *L'Ascite* a été observée quelques fois, en particulier par Duchamp et Chenoweth.

VI. *L'occlusion intestinale* est retrouvée dans quelques rares observations, mais c'est plutôt, semble-t-il un accident dû à la torsion du pédicule qu'à la simple compression de la tumeur.

VII. *Les troubles urinaires* font partie du syndrome clinique habituel lorsqu'il y a compression dans le petit bassin; nous avons alors de la pollakiurie, quelquefois rétention complète. Les kystes peuvent donner lieu aussi à d'autres phénomènes urinaires; nous citerons à ce propos l'observation de Santy que nous reproduisons dans laquelle un kyste dermoïde s'était ouvert dans la vessie et y laissait flotter une longue mèche de cheveux.

VIII. *La Hernie du Kyste* qui fait l'objet de la thèse de Français est très intéressante mais constitue, malgré tout, une rareté sur laquelle nous ne nous étendrons pas.

DIAGNOSTIC

Les kystes de l'ovaire chez l'enfant ne constituent pas comme on aurait pu le croire une rareté — le nombre assez grand d'observations que nous avons pu recueillir nous montre que c'est une affection bien connue à laquelle le praticien doit toujours penser en face d'un syndrome abdominal.

Nous allons étudier les affections qui pourraient prêter à confusion et quels sont les éléments qui nous permettront d'en faire le diagnostic différentiel.

I. L'attention a été attirée sur l'augmentation de volume du ventre : que pouvons-nous donc éliminer en mettant en œuvre nos différents moyens d'investigation ?

A) Si nous sommes en face d'un gros ventre dans lequel il ne nous est pas possible de décélérer une tumeur nette on peut penser à :

1° La péritonite tuberculeuse : assez rare dans le très jeune âge, mais beaucoup plus fréquente vers la puberté en raison de son point de départ le plus souvent génital. Celle-ci peut se manifester soit sous la forme ascitique, soit sous la forme fibro-caséeuse.

La forme ascitique pourra être assez facilement éliminée par percussion méthodique des flancs en faisant varier les positions de l'enfant : décubitus latéral droit et gauche puis, position déclive tête en bas. Cependant il ne faut pas nier ici une certaine difficulté lorsque l'épanchement est peu abondant.

La forme fibro-caséeuse sera plus difficilement éliminée; dans celle-ci nous sentons au milieu d'un empâtement diffus, plusieurs masses — tandis que le kyste de l'ovaire lorsqu'il est

abdominal est presque toujours perçu sous forme d'une masse unique assez volumineuse.

Nous aurons d'autre part des signes généraux qui nous aideront : courbe de température, amaigrissement, lésions pulmonaires, etc.

2° *Le mégacolon.* Ici la percussion donnant un son tympanique nous permettra de ne pas faire d'erreur surtout si elle est concomitante avec une constipation opiniâtre.

La radioscopie viendra aussi confirmer en apportant son précieux concours.

3° *Le gros ventre rachitique* ne nous retiendra pas longtemps : il est flasque et élargi, c'est le ventre de batracien.

4° *Les autres causes d'ascite* telles que cardiopathies rhumatismales, néphrites hydropigènes, affections hépatiques imposent leur diagnostic par leurs signes propres en dehors de l'épanchement.

B) Lorsqu'on trouve à la palpation une tumeur abdominale il faut éliminer :

1° *Les tumeurs du rein*, soit qu'il s'agisse de sarcome, très fréquent dans le jeune âge, ou d'hydronéphroses, sont en général moins mobiles et remontent beaucoup plus haut sous les côtes.

2° *La grossesse* ne sera citée que pour mémoire, cependant nous avons vu plusieurs cas chez des fillettes ayant atteint à peine 10 ou 11 ans.

3° *La distension vésicale*, soit par rétention mécanique, soit par reflexe; le cathétérisme enlèvera les doutes.

4° *Les tumeurs du mésentère.* Ici le diagnostic devient difficile. La caractéristique des kystes du mésentère est leur mobilité très grande particulièrement prononcée vers le haut, tandis que ceux de l'ovaire sont surtout mobilisables dans le sens transversal et du côté du petit bassin.

5° *Les kystes Wolfiens* au contraire sont bien fixés ce qui est la conséquence de leur origine rétropéritonéale.

6° *Une vésicule biliaire kystique* pourrait donner le change

mais ici on trouve peu de mobilité vers le bas et c'est une affection très rare chez l'enfant.

7° *Les kystes hydatiques* du foie ou de la rate pourraient prêter à confusion mais on trouve une continuité entre l'organe et la tumeur.

II. La tumeur est pelvienne et aura été découverte par certains signes de compression ou par un toucher rectal méthodique — à quoi pouvons-nous penser ?

Nous éliminerons d'emblée tous les néoplasmes de l'utérus. réservés à un âge plus avancé, seuls viennent à l'esprit les notions :

D'hydrosalpinx qui s'observe chez des jeunes filles sous forme de tumeur allongée, plongeant dans le petit bassin au côté de l'utérus.

D'hématocolpos qui lui, aura procédé par poussées successives coïncidant avec le moment des règles.

L'abcès froid ossifluent qui serait le premier symptôme d'un mal de Pott méconnu a quelquefois fait errer le diagnostic.

III. *Le kyste s'est révélé par une pure complication.* Le plus souvent c'est de la torsion qu'il s'agit; nous pouvons même dire d'après des statistiques sérieuses que les trois-quarts des kystes de l'ovaire de l'enfant se sont manifestés par la torsion de leur pédicule. Dans presque toutes nos observations le pédicule était tordu d'un tour et demi ou deux tours sur lui-même.

Nous ne reviendrons pas sur le tableau clinique de la torsion étudié en détails dans le chapitre des complications, nous indiquerons simplement quelles sont les erreurs les plus fréquemment commises.

D'abord *l'appendicite aiguë* donne lieu à des phénomènes un peu semblables; beaucoup de praticiens et non des moindres ont hésité; cependant, en général, le ventre y est plus tendu et la région la plus externe de la fosse iliaque droite reste plus libre.

L'invagination intestinale si fréquente chez l'enfant a permis de se méprendre, mais ici on ne ramène pas de sang au toucher rectal.

Ce sont surtout à ces deux grandes causes de drames abdominaux que l'on rattache le plus souvent les phénomènes dus à une torsion de kyste méconnu. L'erreur en somme n'est guère préjudiciable, l'intervention s'imposant d'emblée et éclairant d'elle-même le diagnostic.

Nous signalerons ici l'aide apportée au diagnostic par la radiographie; nous avons relevé dans plusieurs observations des kystes dermoïdes confirmés par la présence sur la radiographie de dents ou de formations osseuses au milieu de la tumeur.

TRAITEMENT

Nous ne ferons qu'ébaucher ici l'historique du traitement, très bien exposé dans la thèse de Brun, 1912.

Le traitement médical, premier en date, ne donna aucun résultat appréciable quant à enrayer la marche du kyste. Il est évident qu'encore actuellement nous y avons recours pour pallier aux complications : glace sur le ventre, administration d'opiacés contre la douleur — mais, nous ne saurions ériger ce traitement symptomatique en principe et lui demander davantage que ce que l'on peut en attendre.

Le traitement chirurgical eut un début bien modeste. Ce fut d'abord la ponction à l'aide d'un trocart; mais les praticiens signalèrent la rapide reconstitution du liquide kystique et les cas fréquents d'infection qui suivirent pareille tentative; on cita même des complications plus graves : la perforation de la vessie ou d'anses intestinales et l'hémorragie intrakystique.

Un peu plus tard on perfectionna cette méthode, sans succès d'ailleurs, en y adjoignant l'injection de substances modificatrices.

Aujourd'hui le seul traitement universellement admis est la cure radicale par l'ovariotomie.

Cette intervention n'a rien de différent comme technique, de celle employée chez l'adulte. Elle a l'avantage, lorsque nous sommes en présence des lésions, de permettre une ablation plus ou moins importante suivant l'étendue de celles-ci.

Contrairement à la chirurgie des tumeurs malignes qui doit être large, ici elle doit être conservatrice — d'abord, parce que nous n'avons que très rarement noté de dégéné-

rescence cancéreuse, ensuite, parce que nous avons affaire à des enfants; cette règle s'applique avec toute sa rigueur en cas de lésions bilatérales du côté le moins malade.

Technique. — I. Laparotomie médiane, incision de la ligne blanche.

II. Dégagement de la tumeur après ponction pour faciliter l'ovariotomie.

III. La tumeur étant retirée au dehors, on ligature le pédicule et on sectionne.

IV. Suture du péritoine et fermeture de la paroi.

Lorsque des adhérences trop nombreuses empêchent d'extérioriser la tumeur, on a intérêt à opérer dans un premier temps une marsupialisation, et à remettre à plus tard l'intervention radicale.

Indications. — La question de l'âge importe peu; nous savons que les nourrissons supportent bien les interventions surtout dans les premiers jours qui suivent la naissance; cependant Ombredanne signale que cette résistance diminue ensuite pour augmenter vers l'âge de 2 ou 3 ans et que cette époque constituerait en somme l'époque de choix pour une pareille intervention.

Reproduisons à ce sujet la statistique de Français qui conclue à 80 % de mortalité au-dessous de 3 ans et à 2, 7 % au-dessus. Qu'il nous soit permis de faire remarquer avec Bourde que cette statistique comprend des cas opérés avant la mise au point de l'aseptie.

Nous pouvons citer plusieurs observations d'enfants opérés très jeunes : celle de Lebeuf à 21 mois, Rüster à 20 mois, celle de Bourde à 20 mois où la guérison fut complète.

Il n'en reste pas moins vrai que la mortalité avant 3 ans est bien supérieure à ce qu'elle est plus tard.

Nous croyons pouvoir, avec Français, résumer les indications en ceci :

Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué doit être opéré dans le

plus bref délai lorsque l'enfant est dans les premiers jours de sa naissance ou lorsqu'il a atteint 3 ans; entre ces deux époques il y a intérêt à temporiser.

De plus nous pensons que : en cas de kystes bilatéraux, il faudra se montrer très conservateur et essayer de sauver le plus de glande possible sur l'ovaire le moins lésé.

Les indications opératoires sont dictées par les deux faits suivants : 1° entre quelques jours et 3 ans l'enfant est dans une période de moindre résistance.

2° Les suites opératoires, après une complication quelconque, torsion ou autre, sont toujours beaucoup plus pénibles qu'après une opération faite à froid.

Complications. — Quelles sont donc les complications qui viennent troubler les suites opératoires et augmenter, dans une large part, la mortalité ?

Nous citerons d'abord le shock opératoire lui-même auquel ne survivent pas beaucoup de nourrissons et qui est cause de la majorité des décès.

Viennent ensuite les accidents infectieux dont Froelich dans son observation nous entretient longuement.

Bourde signale aussi la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac et de l'intestin dont il cite un cas.

Résultats. — Malgré les complications précédentes qui font évidemment payer un lourd tribut aux petits opérés, surtout dans la première enfance, nous voudrions insister sur le fait suivant : les guérisons obtenues sont des guérisons complètes sans laquelle aucune et sans récidue.

Les malades une fois opérées ne sont pas des infirmes, elles peuvent très bien reprendre une vie courante et normale.

Sur trois d'entre elles que nous avons pu suivre, une seule, cinq ans après l'intervention présente une légère tendance à l'obésité.

Devant des faits semblables nous pouvons donc conclure à un résultat définitif et satisfaisant.

CONCLUSION

I. Les kystes de l'ovaire chez l'enfant sont considérés, maintenant, comme une affection banale ; de leurs deux formes, la forme dermoïde semble être la plus fréquente.

II. Leur diagnostic avec les autres tumeurs abdominales n'est pas toujours exempt de difficultés. L'erreur la plus commune consiste à prendre un kyste à pédicule tordu pour une appendicite ; ce diagnostic demande, de la part du chirurgien, une grande attention et un excellent doigté.

III. Une fois reconnu, tout kyste doit être enlevé en tenant compte, toutefois, des considérations suivantes : l'intervention présente son danger maximum pour l'enfant entre trois jours et deux ans, période très nette de moindre résistance.

IV. La chirurgie du kyste de l'ovaire chez l'enfant est une chirurgie conservatrice ; l'ovariotomie répond ici très bien à nos besoins. Il faudra, de plus, dans les cas de kystes bilatéraux, tâcher de respecter tout ou une partie de l'ovaire le moins lésé afin d'éviter plus tard à l'enfant les troubles si fâcheux résultant d'une ablation totale.

V. Les résultats obtenus par l'ovariotomie sont bons en ce sens qu'ils sont définitifs et que la guérison est complète ; une chirurgie plus large semble ici inutile.

De ce fait, le pronostic autrefois sombre pour ces sortes de tumeurs, s'éclaire de nos jours considérablement.

Vu,
Le Doyen.
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 1^{er} décembre 1932
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER,

BIBLIOGRAPHIE

- Armand Delille.** — Sarcôme kystique chez fillette de 13 ans (*Journal Soc. Pédiatrie*, 1922, 20 juin.)
- Aldibert.** — Kyste de l'ovaire chez les enfants (*Ann. Gynéc. et obstet.*, 1893, 134-205.)
- Belle.** — Unilocular ovarian cyst in a girl aged thirteen (*Ovariectomy. Lancet*, 1887, I, 418.)
- Beale.** — Suppurating ovarian cyst in child. (*Brit. Med. J.* 1891, 12 déc.)
- Brun.** — Les kystes de l'ovaire chez l'enfant. Thèse de Bordeaux, 1911-12.
- Bazy.** — Tumeurs de l'ovaire chez l'enfant et la jeune fille (*Bull. et mém. Société Chirurgie de Paris*, 1911, XXXVIII, 664-711.)
- Bourde.** — Les kystes de l'ovaire chez l'enfant (*Marseille médical*, 15 janv. 1927.)
- Broca.** — *Chirurgie infantile*, 1914.
- Bryant.** — Kystes bilatéraux chez une fillette (*Gugs. Hosp. Rep.*, 1869, XIV, p. 216.)
- Cahill (J.-A.).** — Ovarian tumors in childhood with a report of a large ovarian cyst in a child of 10 years (*Intern. Clin. Philad.*, 1924, 34 s. 212-216.)
- Cheney (H.-W.).** — Ovarian cyst in childhood (*Pediatrics N. Y.* 1909, XXI, 144.)
- Colberg (F.-J.).** — The development of follicular cyst in the pre puberty period and then relation with epithelial tumors of ovary (*Med. School*, 1921-22. Phila, 1923-233.)
- Crowell.** — Ovarian cyst in four years child (*South. M. et S. Charlotte N. C.*, 1921-271.)
- Cavafy et Haward.** — *Lancet*, 1886, I, 920. Voluminous cyst in a girl.
- Consoli (D.).** — Ovarie cistiche in neonate (*Rassegna d'ostet. e gynec.*, Napoli 1924, 245-255.)

- Chiene.** — Ovarian cyst in a child (*Edimb. Med J.*, 1883, XXXIX, 1132.)
- Duchamp.** — Ascite concomitante avec kyste de l'ovaire chez une enfant (*Arch. de Toxicol.*, 1884-XI-23.)
- Dean.** — Note on a Paraovarian cyst in a child presenting in the epigastrium (*Lancet*, 1913, I, 887.)
- Darcourt.** — Kyste dermoïde de l'ovaire tordu chez un enfant de 6 ans (*Pédiatrie de Marseille*, nov. 1931.)
- Delmas.** — Kyste dermoïde avec pédicule tordu dans le jeune âge (*Ann. d'Anat. path.*, déc. 1929. 6-1240-1241.)
- Downes (W.-A.).** — Tumors of the ovary in children, report of a large ovarian cyst in an infant seven month of age (*J. Arm. M. Ass.*, Chicago 1921, I, 443-445.)
- Frölich.** — Kyste de l'ovaire tordu chez une fillette de 26 mois. (*Bull. soc. d'obst. et gynéc.*, Paris, 1922, XI, 497-499.)
- Forgue et Massabiau.** — Traité de Le Dentu et Delbet, 1916, Baillière.
- Faure et Siredey.** — *Tr. méd. chir. et gynécologique*, Doin, 1925.
- Fouquet.** — Kyste de l'ovaire chez une fillette de 8 ans et demi (*Journal méd. Bordeaux*, 1911, p 554.)
- Français.** — Les kystes de l'ovaire chez l'enfant Thèse de Montpellier, 1926.
- Furber (R.-I.).** — Large cyst in a girl aged 15 years (*M. J. Australia*, 12 nov. 1927, II, 683-684.)
- Gaifami.** — Trois cas d'ovaires kystiques volumineux chez le nouveau-né (*Rev. Franç. gynéc. et obst.*, Paris, 1919, XIV, 345-351.)
- Ovario cistico in neonata (*Folia gynae*, Pavia, 1913, VIII, 175.)
- Golstine.** — Ovarian cyst and twisted in child of 12 years (*Surg. gynecol. obst.*, Chicago, 1920, XXX, 627.)
- Harrigan (A.-H.).** — Ovarian cyst with torsion of the pedicle in a child of twelve years of age (*Ann. Journ. obst. N.-Y.* 1915, LXI, 808.)
- Harris (H.-A.).** — Kyste de l'ovaire chez enfant de 2 mois (*J. Anat.*, avril 1930, p. 303-307.)
- Harry (N.-G.).** — Multilocular ovarian cyst in a child aged 12 1/2 years. *Ibid.*, ii, 920.
- Jenkins.** — Earliest age at which an ovarian cyst has been found. (*Am. J. of obst.*, 1880, 383.)

- Jackson** (R.-H.). — Large chocolate cyst with congenital atresia of vagina in a girl aged 14 (*Am. J. Surg.*, 4 janv. 1928, p. 43.)
- Kennedy** (T.-C.). — Operation for ovarian cyst in a child three years old. (*Indianapolis M. J.*, 1914, XVIII, 238.)
- Kirmisson** (E.). — Volumineux kyste multiloculaire chez une jeune fille de 15 ans (*Bull. Méd. Paris*, 1913, XXVII, 71-73.)
- Kinlaid et Andrews**. — Kyste de l'ovaire tordu chez une fillette de 5 ans (*Toulouse Médical*, I, janvier 1930, p. 22.)
- Laquière**. — Un cas de torsion congénitale de la trompe salpingite de Freund avec kyste tubo-ovarien (*Bull. et mém. soc. de M. de Paris*, 1923.)
- Leveuf** (J.). — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu chez un enfant de 21 mois (*Semaine des Hôp. de Paris*, 3, 358, 30 juin 1927.)
- Lefèvre**. — Kyste de l'ovaire tordu chez une fillette de 5 ans (*Toulouse Médical*, I, janvier 1930, p. 22.)
- Lafond**. — Ovaire kystique chez un fœtus (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1910, XL, 805-806.)
- Lannelongue et Achard**. — Traité des kystes congénitaux. Paris, Asselin, 1886.
- Moreau**. — Thèse, Paris, 1929. Kystes tordus enlevés chez deux frères pseudo hermaphrodites gynandroïdes.
- Macrae** (R. C. B.). — Twisted cyst in child (*Brit. M. J.*, I, 906, may, 17-30.)
- Morris**. — Twisted ovarian pedicle in child (*Brit. M. N.*, I, 944, 5 juin 1926.)
- Massey** (W.). — Ovarian tumors in childhood with report of a large ovarian cyst with twisted pedicle simulating pregnancy in a child of ten years (*Journ. Florida M. Assoc.*, 1925-26, XII, p. 130.)
- Minne et Gernez**. — Trois cas de kyste de l'ovaire chez l'enfant (*Pédiatrie de Marseille*, nov. 1931.)
- Muller**. — Torsion d'un kyste dermoïde de l'ovaire chez une fillette de 3 ans (*Loire Méd.*, Saint-Etienne, 1924, XXXVIII, p. 321.)
- Machard**. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une jeune fille de 14 ans. Torsion du pédicule. Occlusion intestinale. Extirpation (*Rev. méd. Suisse Rom.*, 1901.)
- Monod et Roche**. — Kyste de l'ovaire chez une jeune fille de 14 ans. Examen histologique (*Journ. Méd. Bordeaux*, 1908, page 346.)

- Mériel.** — Dysménorrhée ovarienne par kyste hématique volumineux de l'ovaire chez fillette de 14 ans (Compte rendu Soc. obstetr. de Toulouse, 1911, XLII, 84-90.)
- Neumann (H.O.).** — Congenital cystoma of right ovary (*Monatschr. f. Geburtshn.*, 75-123, nov. 1926.)
- Ombredanne.** — *Précis chirurgie Infantile*, 1923, Masson, p. 740.
- Ohmstede.** — Torsion of pedicle of cyst in girl Munchen (*Méd. Woch.*, 18 mars 1928, p. 74.)
- Obadalk (W.).** — Torsion of pedicle in children (*Monatschr. f. Kinderh.*, 1930, p. 419.)
- Owen et Green.** — Case of a child with a twisted pedicle (*Brit. med. J.*, 3 déc. 1904.)
- Pozzo.** — Irwarte Prensa Med. 16, 1640-1642, may 20-20. Kyste dermoïde avec torsion du pédicule chez fillette de 8 ans.
- Powell (E.-M.).** — Torsion of ovarian cyst in infant. (*Lancet*, I, 751, 14 avril 1923.)
- Potvin.** — Les kystes de l'ovaire chez l'enfant (*Rev. prat. d'obst. et gyn.*, Paris, 1914, 135-140.)
- Paterson (H.-J.).** — A suppurating ovarian cyst in a girl of 10 years old (*Brit. J. child Dis., Lond.*, 1911, VIII, 295-299.)
- Royster (H.-A.).** — An ovarian dermoïd with twisted pedicle in a girl of fourteen old Dominion (*J. M. et S. Richmond*, 1111-12, XIII, 225 1 pl.)
- Rosival.** — Bratish lekar listy 10 892-895, may 30. Ovarian cyst in a child.
- Rendu et Faugeas.** — Volumineux kyste muco-dermoïde de l'ovaire chez une fillette de 6 ans : extirpation guérison (*Lyon méd.*, 1912, CXIX, 355-357.)
- Reuben (M. S.).** — Torsion of ovarian cyst in children (*Arch. of pediat. N. York*, 1926, XLIII, p. 54.)
- Riche.** — Torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire droit en position haute chez une petite fille de 11 ans, coexistence avec un volumineux kyste de l'ovaire gauche enclavé dans le pelvis. (*Gazette d'accouch.*, n°4, 1^{er} avril 1929, p. 71 et *Bull. Soc. d'obst. et gynec.* 17, 276, mars 1928.)
- Rainey (W.-R.).** — Tumor of the ovary with twisted pedicle occurring in a child two and one half years of age (*Ann. of Surgery Philad.*, 1924, LXXXIX, p. 879.)
- Rosmer.** — Ovariectomie bei einem 1 Jahr 8 Monate alten Kinde Heilung (*Deut. Med. Woch.*, 1883, 762, n° 52.)

- Routier.** — Occlusion intestinale chez une enfant de 7 ans par kyste dermoïde tordu sur son pédicule : Appendicite chronique (*Soc. Chir.*, Paris, 19 mars 1919, page 540.)
- Sourdat (P.).** — Torsion d'un kyste de l'ovaire chez une enfant de 12 ans (*Rev. mens. de gyn. et d'obst. et de pédiat.*, Paris, 1912, XII, 131-133.)
- Siddal (A.-G.).** — China M. J. 44, 259 march 1930. Kyste dermoïde chez une jeune fille.
- Stevens (H.-K.).** — Cyst with twisted pedicle in a child (*Brit. M. J.*, 2, 1083-1084, déc. 27-30.)
- Santy.** — Kyste dermoïde de l'ovaire ouvert dans la vessie chez un enfant (*Soc. de chir. de Lyon*, 31 mai, 1928.)
- Secor.** — Multilocular tubo ovarian cyst in juvenile (*J. Am. M. Assoc.*, 1926, p. 940.)
- Schwartz.** — Mehr. ovariectomie bei Kindern. (*Arch. f. Gyn.*, 1878, XIII, 475-477.)
- Ternier.** — Une théorie pathog. des kystes de l'ovaire (dermoïdes). (*Rev. mens. de gyn. et d'obst. et pédiat.*, Paris, 1914, IX, 1-10 et *Gazette gynécol.*, Paris, 1914, XXIX, 17-25.)
- Thortor.** — Dermoïd ovarian tumors in a child aged seven years Ovariectomy Recovery (*Brit. Med. Journ.*, 1881, II, 933.)
- Vacher de Lapouge (Claude).** — De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes. Kystes dermoïdes de l'ovaire. Montpellier 1913.
- Wanwerts.** — La chirurgie doit-elle être conservatrice dans les kystes de l'ovaire (*Arch. mens. d'obst. et gyn.* Paris, 1913-11, 359-365.)
- Wakeley.** — Large cyst in a girl 8 years old C. P. G. (*Proc. Roy. soc. med.* 25-422, février 32.)
- Wallerstein.** — Torsion of pedicle of ovarian cyst in 9 years old girl (*Med. klin.*, 20, 1177, 24 août 1924.)
- Zellweger.** — Die grossen und ubergrossen Ovarialkystome des Kindes alten. Thèse de Zurich, 1913.

